DE N° 163.

LA PHLÉBITE UTÉRINE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 2 août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR GUSTAVE RICHELOT, de Nantes,

Département de la Loire-Inférieure.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur*.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, *Examinateur*.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL, *Président*.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS, *Suppléant*.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER. / ..... / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER, *Examinateur*. / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Bérard.	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouillaud.	Lisfranc.
Bouvier, *Examinateur*.	Martin Solon.
Briquet, *Examinateur*.	Piorry.
Brongniart.	Rochoux.
Cottereau, *Suppléant*.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.
Dubled.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

DE

LA PHLÉBITE UTÉRINE.

L'INFLAMMATION des veines de l'utérus joue, sans contredit, le principal rôle parmi les maladies auxquelles les femmes sont exposées à la suite des couches; c'est presque toujours à elle qu'il faut rapporter la plupart des groupes de symptômes qu'on a tour à tour réunis sous un nom générique, ou séparés sous des noms différens; souvent même la *péritonite*, ou mieux, la *métro-péritonite puerpérale* n'est qu'un des effets, une des nombreuses complications de la *phlébite utérine*.

Cette maladie n'était point connue des anciens; l'anatomie pathologique pouvait seule dévoiler sa nature. Ses symptômes locaux primitifs, étant d'une grande obscurité, ont dû rester long-temps inaperçus, et ils le seraient encore sans doute, si la connaissance du siége et de la nature de la maladie ne dirigeait l'attention des observateurs de ce côté; les symptômes généraux eux-mêmes, qui ressemblent sous tant de rapports à ceux de plusieurs autres affections, notamment de celles qu'on a désignées sous les noms d'*ataxiques* et d'*adynamiques*, ont été le sujet d'une longue méprise, et l'on n'a fait une attention particulière qu'à certains accidens consécutifs, que l'on a cherché à expliquer par diverses théories successivement offertes et

réfutées, pour faire place enfin, seulement de nos jours, à une nouvelle croyance appuyée sur l'inspection cadavérique.

Ces accidens consécutifs, qui seuls ont été vus, parce qu'ils se manifestent à l'extérieur, constituent le groupe de symptômes que l'on désigne encore assez généralement sous le nom de *phlegmatia alba dolens*. Je ne veux pas dire que cette affection soit toujours liée à une inflammation des veines de l'utérus; j'ai en ce moment sous les yeux une thèse où l'on cite deux hommes qui en furent atteints, et chez l'un desquels elle fut mortelle; un fait semblable est consigné dans le quatrième volume du Journal des Progrès (1829). Je ne parle ici que de la *phlegmatia alba dolens* qui se développe chez les femmes, soit à la suite des couches, soit dans des circonstances analogues.

Je ne m'arrêterai point sur les opinions émises à diverses époques par les nombreux auteurs qui s'en sont occupés. Depuis les travaux de plusieurs médecins français et étrangers, parmi lesquels je citerai les docteurs *Arnott*, *Robert Lee*, *D. Davis* (Med. chir. transactions), *Meckel* (Dissertation de *Sasse*), *Schwilgué* (Biblioth. méd., t. 16), *Velpeau*, *Dance* (Arch. gén. de méd.), *Andral*, *Louis*, *Boudant* (Thèse, juin 1830), *Ribes*, *Breschet*, etc., etc., il est impossible de se refuser à admettre que la *phlegmatia alba dolens* consiste dans l'inflammation des veines du bassin et de la cuisse. Mais cette *phlébite cruro-pelvienne puerpérale*, comme l'appelle M. *Boudant*, se développe-t-elle spontanément? Commence-t-elle par les veines du bassin pour s'étendre à celles du membre abdominal, ou bien naît-elle dans ces dernières pour marcher dans le sens du cours du sang? Quel est l'agent d'irritation, d'où vient-il? Je sais bien que la *phlébite*, en général, peut se développer spontanément; on peut en voir un exemple extrêmement intéressant cité par M. *Cruveilhier*, dans la Biblioth. méd., 1826, t. 2; mais on ne peut regarder celle-ci comme une maladie spontanée, particulière, lors même qu'aucun fait d'anatomie pathologique ne s'éleverait contre cette manière de voir. En effet, d'où viendrait cette susceptibilité toute spéciale des veines de la cuisse après l'accouchement? Dira-t-on que, pendant la grossesse ou pendant le

travail, les veines du bassin sont soumises à une compression assez forte quelquefois pour donner lieu à l'infiltration des membres inférieurs? Mais il n'y a aucun rapport entre cette compression et l'inflammation veineuse qui en serait la suite. On ne voit point naître de *phlébite* dans les cas où un obstacle à la circulation veineuse détermine l'infiltration même au plus haut degré possible. De plus, la *phlegmatia alba dolens* se manifeste dans des circonstances où cette compression n'a point eu lieu, comme après un avortement, etc., etc. On ne voit donc pas pourquoi les causes qui la déterminent agissent plutôt sur ces veines que sur toute autre partie du corps de la malade. Au contraire, s'il existe alors un organe plus impressionnable que tous les autres, c'est assurément la matrice; et il est bien naturel de penser que c'est elle qui est frappée la première par toutes les causes de maladies qui peuvent exercer leur influence sur la nouvelle accouchée, notamment par le froid, l'une des plus fréquentes, comme chez la dame citée par *Puzos*, qui fut prise d'un *engorgement laiteux* pour s'être assise, le soir, sur le bord d'une rivière, six semaines après ses couches. Ainsi le raisonnement seul indique que la maladie naît dans l'utérus, et la communication directe des veines utérines avec celles du bassin rend compte de la facilité avec laquelle elle se propage. Déjà, en 1826, le docteur *Guthrie* (on Inflam. of veins after amput. — Med. and phys. Journal) s'était appesanti sur la nécessité d'examiner les veines, depuis la fémorale jusqu'à celles de l'utérus, dans les cas de *phlegmatia alba dolens;* et il avait émis l'opinion que la maladie pouvait bien provenir de ce dernier organe. Ce doute vient d'être changé en certitude par les recherche anatomiques du docteur *Robert Lee*, de Londres, qui a réuni dans son mémoire un grand nombre de faits publiés par d'autres observateurs. Les dissections auxquelles ce médecin a dû se livrer exigent la plus grande sagacité : « A moins que « l'attention, dit-il, ne soit dirigée d'une manière toute spéciale sur « les vaisseaux de l'utérus, leur état morbide peut facilement être « méconnu. » (Med. chir. trans., vol. 15, part the second). Je puis citer ici un militaire mort de *phlébite*, à la suite d'une saignée du

bras (Surgical essays, by *Astley Cooper* and *B. Travers*), chez qui l'on trouva pour toute lésion la veine dilatée plus épaisse que dans l'état naturel, et adhérente au tissu cellulaire ambiant. On conçoit combien de semblables altérations sont difficiles à constater dans les veines du tissu utérin. Il est donc probable que sans cette difficulté les faits d'anatomie pathologique seraient encore plus nombreux en faveur de l'opinion du docteur *R. Lee*, et qu'ils se multiplieront promptement désormais.

Jusqu'à présent je ne me suis occupé que d'un symptôme, le *gonflement* du membre pelvien ; passons maintenant à l'histoire de la maladie principale.

Jusqu'à la thèse de M. *Gasc*, sur la *maladie des femmes à la suite des couches*, on comprenait sous le nom vague de *fièvre puerpérale* les inflammations qu'on a dénommées depuis, *métrite*, *péritonite*, *métro-péritonite puerperales*, suivant qu'après la mort on trouvait des traces d'inflammation dans la matrice ou le péritoine, ou l'un et l'autre à la fois, ce qui est de beaucoup le plus fréquent. Plus tard, des dissections habiles apprirent qu'à la suite de ces *métrites*, etc., on trouvait du pus dans les veines de l'utérus et de l'abdomen. Tels furent les résultats obtenus par MM. *Ribes* (Mém. de la société d'émul., tom. 8), *Wilson* (Trans. of a society for the improvement of med. and chir. knowledge, v. 3), *Clarke* (Practical essays on the management of pregnancy, etc.). Je citerai encore l'ouvrage de *Hodgson*, traduit par M. *Breschet*, et les notes savantes dont ce dernier a enrichi sa traduction. Ainsi les faits, quoique disséminés, étaient assez nombreux pour attirer l'attention des médecins. En 1826, M. *Dance* soutint une thèse sur la *métrite puerpérale* ; il s'étendit avec soin sur la description des lésions anatomiques, signala la présence du pus dans les veines utérines, et les traces de l'inflammation de ces dernières. L'année suivante parut la thèse de M. *Luroth*, sur le *ramollissement* et la *putrescence* de la matrice ; ce médecin, d'après les auteurs allemands, dont il réunit les opinions divergentes par une opinion mixte, voit dans cette altération tantôt une maladie spéciale de l'utérus, « dépen-

« dant de la diminution de la vitalité, de l'activité nutritive de l'organe malade; » et il paraît porté à l'attribuer à une *disposition putride du sang*, tantôt le résultat d'une inflammation « de la nature de « celles que les auteurs ont nommées *asthéniques*, *veineuses*, *putrides* « ou *septiques*. » Du reste, il ne s'occupe point du système veineux.

En 1828, M. *Dance* publia, dans les Archives générales, plusieurs mémoires par lesquels il établit d'une manière irrévocable la maladie nouvelle qui dut recevoir le nom de *phlébite utérine*, et dont l'existence avait été si peu soupçonnée jusqu'à notre époque. Cependant, en 1829, M *Danyau* présenta une thèse sur la *métrite gangreneuse*, se rapprochant un peu de la manière de voir de M. *Luroth*, dont il diffère en admettant que *toujours* le *ramollissement* de l'utérus est le résultat de l'inflammation, opinion qui était celle de M. *Desormeaux*. M. *Danyau* décrit des lésions anatomiques qui conviennent très-bien à la *phlébite utérine*. Toutefois, comme j'aurai occasion de le dire, il n'en résulte pas que la *métrite* doive être considérée toujours comme consécutive. On conçoit, en effet, que l'inflammation puisse passer du tissu utérin aux veines qui le traversent, et réciproquement; mais quand la matrice est trouvée dans l'état désigné par les noms de *ramollissement* et de *putrescence*, il est bien certain que les veines participent à la maladie, et bien difficile de dire où celle-ci a débuté. Enfin, en 1830, le docteur *R. Lee* a publié (Med. chir. trans.) une opinion conforme à celle de M. *Dance*, qui en acquiert un nouveau poids.

Caractères anatomiques.

Il n'est point de maladies qui laissent plus de traces après elles que la *phlébite utérine*, sauf quelques cas exceptionnels. (Voyez à la fin de cette Thèse, la prop. VI.)

La matrice est ordinairement dilatée, et s'élève tantôt au niveau des pubis, tantôt à deux, trois et jusqu'à six pouces au-dessus; d'autres fois elle est revenue à son volume ordinaire et n'offre à l'extérieur aucune trace apparente de maladie. Sa cavité est assez souvent rem-

plie de sang coagulé ou d'un liquide ichoreux et fétide; quelquefois elle est tapissée en partie ou en totalité d'une fausse membrane grisâtre, sillonnée de rides profondes; quelquefois la substance de l'organe est rouge, ou livide, ou noirâtre, et ramollie au point de se rompre par le moindre effort et de permettre au doigt d'y pénétrer facilement. La couleur noirâtre, dans quelques cas, peut être due seulement au contact et à l'imprégnation de la matière colorante du sang qui remplit parfois la cavité utérine. La désorganisation peut être poussée très-loin dans ce tissu, que l'on a trouvé réduit à une sorte de putrilage dans l'épaisseur de quelques lignes. Le plus souvent, à l'endroit où s'insérait le placenta, la surface interne de la matrice est boursoufflée, ramollie, plus ou moins désorganisée, tandis que le reste de cette surface est sain, ou n'offre qu'une coloration en noir non morbide; il est même arrivé qu'on a trouvé toute la substance de la matrice intacte: dans ces deux cas, les veines utérines offraient au point correspondant au placenta des traces évidentes d'inflammation, et en les suivant on trouvait la plupart des désordres que je vais décrire. En incisant le tissu utérin, on a trouvé de petits foyers de pus interposés au milieu de la substance musculaire; mais ceci a besoin de l'examen le plus attentif, car on prendrait souvent la section d'une veine pleine de pus pour le centre d'un foyer appartenant au tissu même de la matrice.

Le système veineux de cet organe présente, à divers degrés, toutes les lésions qui sont le résultat de l'inflammation des veines : celles qui correspondent à l'insertion placentaire sont le plus constamment malades ; mais comme il est rare que la maladie se borne là, quand elle entraîne la mort, il arrive aussi rarement que les autres veines soient saines. La trace la plus simple de l'inflammation de ces veines c'est la présence du pus dans leur cavité ; et, lors même qu'elles en sont remplies, leurs parois ne sont pas toujours rouges, ce qui établit une analogie entre la *phlébite* et l'*artérite*. Ainsi on a trouvé du pus dans quelques veines, ou bien dans toutes les veines de la matrice, sans que la présence du pus ait entraîné nécessairement une

altération des parois veineuses ; mais ce fait est rare : le plus souvent les tuniques des veines sont épaissies, rouges ou violettes ; ou bien indurées jaunâtres, de manière que la veine malade ressemble à une artère. La tunique interne, quand elle est visible, est rouge, et souvent ulcérée. A l'intérieur, ces veines, indépendamment du pus qu'elles contiennent, et qui est liquide ou concret, mêlé ou non avec des caillots de sang, sont tapissées de fausses membranes de diverses couleurs, depuis le blanc jusqu'au violet foncé. Ces fausses membranes sont formées par une lymphe plastique qui s'est déposée par couches concentriques, oblitérant souvent la veine. Cette oblitération peut être regardée comme un moyen de salut, en faisant obstacle au transport du pus ; mais ce moyen est insuffisant quand l'inflammation est étendue à un grand nombre de veines, car il faudrait alors que toutes ces veines devinssent inaptes à la circulation.

De ce que la matrice est revenue à son volume ordinaire, et ne présente à l'intérieur et à l'extérieur aucune trace d'inflammation, comme il arrive parfois chez les femmes mortes après une *phlébite cruro-pelvienne*, il n'en faudrait pas conclure que la maladie n'a pas débuté dans les veines de cet organe ; car, en l'examinant de plus près, on trouvera toujours que dans l'épaisseur de ses parois, surtout vers le point de l'insertion placentaire, la cavité des veines est remplie par du pus concrété ou des fausses membranes de vieille formation ; les veines qui rapportent le sang de l'utérus offriront des traces analogues. Mais pour trouver ces lésions il faut les chercher, et avoir autant de patience que d'habitude des recherches d'anatomie pathologique.

Avant de sortir de la matrice, lieu d'origine de la maladie, si nous jetons un coup-d'œil sur la tunique péritonéale qui tapisse le fond de l'organe, nous y verrons souvent des traces d'inflammation qui s'étendent plus ou moins loin vers le reste du péritoine, en prenant leur point de départ à l'endroit du contact avec la matrice.

Les veines spermatiques, étant en rapport plus immédiat avec les sinus utéro-placentaires, sont plus souvent malades que les autres,

et communiquent la maladie aux trompes et aux ovaires, que l'on a trouvés considérablement tuméfiés, ramollis, rouges ou livides, criblés de petits foyers purulens; le plus souvent ce pus est contenu dans des veines développées dans leur épaisseur. Les veines spermatiques se sont développées quelquefois jusqu'à égaler le volume de la veine cave.

Toutes les veines du bassin peuvent être profondément altérées sans que le *gonflement* de la cuisse ait eu lieu (*R. Lee; Wilson*); il est, au contraire, toujours la suite de l'inflammation des veines de ce membre.

Quant aux lésions anatomiques de toutes ces veines, elles sont les mêmes que celles des veines utérines; de plus, elles sont tantôt dures au toucher, et semblables à une corde; tantôt bosselées, et semblables à un chapelet, offrant alternativement une cavité et une oblitération. Il arrive souvent que le tissu cellulaire qui les entoure est pris par l'inflammation : ainsi l'on a vu la veine crurale adhérente à l'artère du même nom. On a vu l'iliaque primitive réduite à une ligne de diamètre, tapissée par une fausse membrane bleu-ardoise, dont la cavité renfermait une matière brune, couleur d'ocre, tenace, un peu plus consistante que le coagulum du sang.

La veine cave inférieure mérite une mention particulière : on a trouvé dans sa cavité du pus, que l'on a pu suivre dans le cœur droit, dans l'artère pulmonaire et jusque dans les dernières ramifications de celle-ci. Sa tunique interne peut être tapissée par des fausses membranes dans une étendue variable; dans un cas, sa partie inférieure était fermée par une membrane coriace, renfermant une matière jaunâtre à demi-fluide. Enfin on a trouvé ses tuniques épaissies par une exsudation membraniforme; sa cavité remplie par un caillot, qui semblait l'avoir agrandie au maximum de distension; ce caillot était enveloppé d'une espèce de membrane rouge et brillante, intimement unie en plusieurs endroits à la tunique interne; la matière renfermée dans cette fausse membrane variait en consistance et en couleur; en quelques endroits elle était semblable à de la lymphe

coagulée; dans d'autres, c'était une masse pultacée d'un jaune obscur, probablement formée par le mélange du pus et du sang.

La *phlébite utérine* ne devient mortelle qu'à cause des altérations consécutives qu'elle produit dans toute l'économie; aussi offre-t-elle beaucoup de complications, indépendamment de la *métrite*, qui l'accompagne presque toujours, et de la *péritonite*, dont nous avons vu les traces.

Malgré l'intensité effrayante des symptômes qui se manifestent du côté du cerveau pendant le cours de la maladie, presque jamais on n'a trouvé de lésion de sa substance ou de celle du cervelet; ce qu'il y a de plus constant, ce sont la rougeur de la pie-mère et l'engorgement des vaisseaux cérébraux. M. *Dance* cite un cas où il a constaté le ramollissement du trigône cérébral et du septum médian. M. *Andral*, dans la *clinique*, cite un sujet qui présentait, au niveau et en dehors des couches optiques, un foyer de pus pouvant contenir une grosse noisette, sans injection ni ramollissement de la substance cérébrale environnante. Ainsi, ce pus semble avoir été déposé en cet endroit, et n'est certainement pas dû à un travail inflammatoire local, absolument comme celui que nous allons voir dans le poumon et les autres parenchymes.

La cavité des plèvres contient souvent un liquide clair, purulent, en quantité variable, depuis une demi-pinte jusqu'à plus de deux pintes. On y a trouvé toutes les traces connues de *pleurite*, et surtout des fausses membranes tapissant les lobes inférieurs pulmonaires, soit en avant, soit en arrière.

Le tissu des poumons a été vu engorgé, hépatisé, induré d'une manière remarquable, ulcéré, rouge ou violet comme dans son apoplexie; ramolli et facile à déchirer avec les doigts; quelquefois, à la partie inférieure, la plèvre était détruite, et la surface de la substance pulmonaire était recouverte d'une bourbe gangréneuse noire, tandis qu'à l'entour le poumon était dur, violet, livide; quelquefois le tissu du poumon formait une tumeur au-dessous de la plèvre soulevée, et le bistouri pénétrait dans un noyau offrant la même apparence que le reste de l'organe, avec plus de densité; quelquefois cette tumeur était

formée par un kyste épais, jaunâtre, contenant une matière noire, molle, semblable à une escharre gangréneuse, qui était prête à pénétrer dans la cavité de la plèvre, comme on pouvait le juger à l'état d'inflammation et d'amincissement de celle-ci en cet endroit; à l'entour, le tissu pulmonaire était dense et livide.

De toutes les lésions du poumon, la plus importante et la plus constante consiste dans les foyers purulens qui occupent son tissu; on a trouvé rarement un foyer unique au centre de ce viscère; le plus souvent il y en a plusieurs, toujours dans le lobe inférieur, souvent à la surface du poumon, et alors on les reconnaît à un poi t blanchâtre qui soulève la plèvre; quand il y en a dans les lobes supérieurs, c'est que tout le poumon en contient, et ceux de la partie supérieure sont évidemment les plus récens. Ils sont du volume d'une lentille à celui d'une aveline, tous isolés les uns des autres. Si on les incise par leur centre, ils fournissent un pus épais, opaque, bien lié, qui s'écoule d'une petite cavité creusée dans le parenchyme même des poumons, et dont les parois sont rougeâtres et légèrement ramollies. Très-fréquemment, dans l'intervalle de ces abcès, le tissu pulmonaire est entièrement sain. Plusieurs de ces engorgemens peuvent n'avoir point encore passé à la collection purulente : ceux-ci présentent un noyau noir, au centre duquel on trouve quelquefois *un ou plusieurs points blanchâtres*, ou bien une surface grenue ramollie *d'un rouge mêlé de blanc.*

Il est probable que le pus qui est porté dans le torrent de la circulation, que l'on a trouvé dans les cavités droites et jusque dans l'artère pulmonaire, arrivé aux extrémités capillaires de ce vaisseau, transsude au sein même du tissu pulmonaire, sous forme de gouttelette. Il arrive alors ce que M. *Cruveilhier* a déterminé en injectant du mercure dans les veines et dans la trachée-artère; il a donné naissance dans les poumons et dans divers tissus à des tubercules dont le centre était occupé par un globule mercuriel. (Biblioth. méd. 1826, t. 3, p. 386.) Eh bien, ici, cette goutelette de pus détermine dans le tissu qui l'entoure une inflammation de mauvaise nature, *spécifique*, qui donne lieu à l'engorgement qu'on remarque dans les abcès les

moins avancés. Mais ce n'est là qu'une partie du travail ; cette gouttelette sert de noyau primitif, autour duquel viennent se grouper d'autres globules purulens. J'appliquerai cette explication à tous les autres foyers qu'on trouve dans les divers organes, et notamment dans le foie. Ceux-ci, du reste, sont parfaitement identiques pour l'aspect, la nature et le mode de formation avec ceux qu'on trouve dans ce même viscère à la suite des plaies de tête. On a cru long-temps que des abcès se formaient plus spécialement qu'ailleurs dans le foie après ces sortes de plaies ; mais c'est une grave erreur ; il s'en forme dans tous les parenchymes, celui du poumon est en première ligne, le foie vient tout au plus le second. (Voyez MORGAGNI, *De sedibus et causis morb.*) Le même phénomène se renouvelle dans tous les cas de plaies suppurantes étendues ; MM. *Dance* et *Velpeau* ont constamment suivi le pus dans les veines depuis la surface de suppuration jusque dans les dernières divisions de l'artère pulmonaire.

La rate a été trouvée ramollie, brune, volumineuse et même gangrénée. Les collections purulentes sont très-communes après la *phlébite utérine* dans les articulations ; quelquefois les cartilages sont enflammés, ramollis, décollés, transformés en une espèce de putrilage, ce qui arrive surtout aux symphyses du bassin. Des collections peuvent aussi se former partout dans le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire. Les organes digestifs n'offrent que des altérations peu constantes, et sur lesquelles je ne m'arrêterai point, parce qu'elles ne se lient pas d'une manière immédiate à la maladie qui m'occupe.

Nature et siége de la maladie.

D'après ces faits d'anatomie pathologique, il est permis de préciser l'origine, le siége et la marche de l'inflammation qui constitue la *phlébite utérine.*

Après le décollement du placenta, les orifices veineux utérins qui communiquaient avec les sinus placentaires se trouvent béans dans la cavité de la matrice ; par leur intermédiaire, le système veineux

est mis en communication avec l'air atmosphérique; leur tunique interne, sensible comme les tissus séreux, aux propriétés desquels elle participe, est soumise au contact, non-seulement de cet air qui doit l'irriter, mais encore des caillots putréfiés et de toute autre matière nuisible que la matrice peut renfermer. Ces canaux veineux sont donc dans des conditions analogues à celles des troncs de même nature intéressés dans une amputation ou dans toute plaie d'une certaine étendue; le résultat doit en être le même. Toutefois les conditions sont d'autant plus favorables pour cette communication avec l'air, et l'irritation qui en est le résultat, que la matrice revient moins vite sur elle-même; aussi, toutes choses égales d'ailleurs, la *phlébite utérine* a-t-elle lieu plus souvent chez les femmes dont l'accouchement a été accompagné d'accidens graves, comme *inertie de matrice*, *perte abondante*, etc. Souvent même chez des femmes qui semblaient devoir se relever parfaitement de leurs couches, une hémorrhagie est venue changer les conditions favorables où elles étaient, et la *phlébite* s'est déclarée sans autre cause appréciable.

L'inflammation s'empare ordinairement d'abord des orifices veineux qui correspondent à l'insertion placentaire; quelques auteurs semblent admettre la possibilité de son séjour plus ou moins prolongé en cet endroit circonscrit. Quoi qu'il en soit, elle a une grande tendance à envahir du terrain, et il est impossible de lui assigner des limites précises. De ces orifices veineux elle se propage aux autres veines de l'épaisseur des parois utérines, et finit par occuper tout ce système veineux, tantôt des deux côtés, tantôt d'un seul. Il peut arriver que, respectant les veines du corps de la matrice, elle passe de son lieu d'origine aux veines spermatiques à droite et à gauche, ou d'un côté seulement, plus souvent à droite, et alors elle suit le trajet de ces veines, enveloppe souvent les trompes et les ovaires, et arrive jusqu'à la veine cave abdominale; mais assez ordinairement elle s'arrête brusquement à l'endroit où cette veine reçoit la spermatique, quand c'est à droite, et à l'endroit où la rénale s'y réunit, quand c'est à gauche (*R. Lee*); quelquefois elle franchit cette limite. Lorsque

tout le système veineux utérin est enflammé, la maladie peut ne pas s'étendre au-delà, et cependant être mortelle; alors même la membrane interne de la matrice, et surtout son tissu interposé aux veines, se prennent, et communiquent l'inflammation à la tunique péritonéale, *phlébo-métro-péritonite*. Plus souvent la maladie s'étend au-delà des parois utérines, elle suit le trajet de toutes les veines qui rapportent le sang de la matrice, gagne la veine hypogastrique, puis l'iliaque primitive et la veine cave; elle peut faire des progrès du côté des reins, et envelopper ces organes avec leurs veines. (*R. Lee.*)

On voit que jusqu'à présent la *phlébite utérine* a suivi la marche connue de toutes les *phlébites*, qui procèdent ordinairement dans le sens de la circulation veineuse, de sorte que le pus, marchant avec le sang, doit irriter la tunique interne des veines, du lieu primivement affecté vers le cœur, ce qui établit une différence entre l'inflammation des veines et celle des artères qui procède du cœur vers les capillaires; différence qui ne contribue pas peu à rendre la première plus grave que la seconde. Cependant l'inflammation ne suit pas si exactement le cours du sang qu'elle ne s'étende de l'iliaque primitive à l'iliaque externe, et de celle-ci aux veines crurale et saphène interne; cette dernière participe évidemment à la maladie, quelquefois jusqu'à la malléole. Du reste, cette marche inverse à la crculation ne doit point étonner, elle a été observée dans d'autres *phlébites*. (Voyez *Hogdson*, t. 2, p. 392, et *John Abernethy*, Surgical works, v. 2, p. 147.) Il est rare que les veines de la cuisse soient enflammées à la fois des deux côtés; il est plus fréquent que l'inflammation semble se transporter en abandonnant le lieu où elle a pris naissance; mais presque toujours elle laisse des traces non équivoques.

Cette étendue et cette variété dans le siége de la *phlébite utérine* sont une conséquence naturelle de la disposition et des fonctions du système veineux, et rappellent l'inflammation analogue des veines céphalique, brachiale, axillaire, sous-clavière, jugulaires interne et externe, à la suite d'une saignée du bras.

Causes.

On doit considérer comme causes prédisposantes de la *phlébite utérine* l'accouchement et tout ce qui met la matrice dans des conditions analogues, comme l'écoulement menstruel, une hémorrhagie utérine abondante, le développement d'un polype, etc. On l'a vue se déclarer pendant la grossesse, après l'avortement, l'excision du col de l'utérus, la ligature d'un polype de cet organe, etc. L'âge et le tempérament semblent n'avoir aucune influence.

Dans un état prédisposé de la matrice, toujours indispensable, les causes qui agissent comme déterminantes souvent ne sont pas du tout appréciables. Il y a des époques malheureuses où tout accouchement est suivi de *phlebite utérine*, de même qu'en certain temps toute plaie, toute opération se compliquent d'érysipèle. (M. *Andral*, cours de path. int., leçon du 23 fév. 1831.) D'autres fois, les causes déterminantes, moins insaisissables, ne sont pourtant point en rapport avec la gravité des symptômes qu'elles font naître: ainsi, souvent après un accouchement aussi heureux que possible, il a suffi de la plus petite imprudence pour entraîner la mort; un verre d'eau froide, le contact d'un air froid sur une partie limitée du corps, un simple écart de régime, une légère fatigue, une faible contrariété, etc., etc. Toutefois il n'est pas prouvé que ces causes aient agi seules, lors même qu'on n'en peut apprécier d'autres, et il suffit d'ailleurs d'une inflammation très-légère à l'orifice des vaisseaux veineux utérins pour donner lieu à une maladie très-étendue. Mais il existe d'autres causes dont l'action est plus évidente, ce sont: une émotion très-vive, la précipitation à quitter le lit et à se livrer à des travaux pénibles, des vêtemens trop légers dans les jours qui suivent l'accouchement, la malpropreté, l'humidité dans le lit entretenue par le défaut de soins, les grands écarts de régime auxquels se livrent certaines accouchées, des violences extérieures, comme des coups à l'hypogastre, une compression exercée sur le ventre, l'injection dans le vagin et la ma-

trice de liquides irritans, un travail très-prolongé dans un accouchement laborieux, l'irritation produite sur l'organe par l'extraction mécanique du fœtus, et par celle du placenta dans les cas d'hémorrhagie, etc., etc. Une partie de ces causes agissent évidemment en irritant d'abord l'utérus, aussi n'hésité-je point à mettre la *métrite* au nombre des causes de *phlébite utérine;* il n'en est pas de même de la *péritonite,* qui ne peut être que consécutive. Parmi les causes qui agissent chimiquement, je dois placer les détritus de placenta putréfiés dans la matrice; dans les cas de non grossesse, des détritus de cancer, de polypes. Les caillots qui se forment à l'entrée des vaisseaux utérins, qui s'étendent assez loin dans leur cavité, et qui sont un des moyens les plus puissans que la nature emploie pour arrêter les hémorrhagies utérines, peuvent se putréfier dans cette cavité et agir sur la tunique veineuse comme substance délétère et irritante. Dans les cas ordinaires, ces caillots sont visibles assez long-temps après la délivrance, et ils sont faciles à distinguer par leur forme, leur couleur et leur consistance des caillots produits par l'inflammation. (*R. Lee.*)

Le docteur *R. Lee* admet que la maladie peut se communiquer par contagion; il conclut cela de ce que plusieurs femmes accouchées successivement par la même sage-femme moururent de *phlébite utérine,* tandis qu'aucune de celles qui furent accouchées par lui, à la même époque et dans le même établissement, n'en fut atteinte.

Symptômes, durée, prognostic, terminaisons.

Le début de l'inflammation s'annonce par des symptômes si obscurs, que la plupart des femmes n'y font aucune attention, et ne réclament les secours de la médecine que lorsqu'elle a fait beaucoup de progrès, et même lorsqu'il est manifeste que déjà beaucoup de pus est mêlé à la circulation. Quand les veines seulement sont enflammées, le tissu utérin et la tunique péritonéale étant sains, il

n'y a point de douleur, ou bien la douleur est très-obscure et accompagnée d'un sentiment de pesanteur dans la région de la matrice; si alors aucun autre symptôme local ne se manifeste, comme il arrive souvent, et que l'utérus soit revenu à son volume naturel, ou à peu près, on ne peut reconnaître la maladie qu'à la manifestation des symptômes généraux ; et c'est ordinairement quand le pus commence à se répandre qu'apparaissent les frissons qui y préludent.

Il résulte des observations faites jusqu'à présent, que la *phlébite utérine* s'annonce assez ordinairement du dixième au vingtième jour après l'accouchement ; elle débute par un frisson plus ou moins violent, qui se renouvelle presque toujours irrégulièrement ; quelquefois cependant on l'a vu périodique, affectant le type tierce ou quarte ; quelquefois il est suivi de chaleur et de sueur; et tantôt la fièvre est faible au début, tantôt elle s'élève de suite à un haut degré. Il peut arriver que ce frisson ne soit suivi d'aucune douleur; plus souvent la malade éprouve ou un sentiment de pesanteur dans l'hypogastre, ou une douleur qui est parfois très-vive. Des vomissemens coïncident quelquefois avec cette douleur et annoncent la complication d'une *péritonite*. De la diarrhée peut s'ajouter à ces symptômes, et l'insomnie est proportionnée à l'intensité de la fièvre. Les lochies peuvent ne rien perdre de leurs conditions normales ; plus souvent elles sont supprimées, ou bien elles paraissent et disparaissent alternativement; tantôt elles ont une odeur fétide et consistent dans un mélange de sang et de pus, tantôt elles ne consistent qu'en un léger suintement blanchâtre et odorant. Ordinairement la sécrétion du lait se supprime, les mamelles sont affaissées. Les urines sont quelquefois brûlantes au passage, et rendues difficilement, ce qui arrive lorsque l'inflammation s'étend aux parois du vagin et au canal de l'urètre. En examinant l'utérus, parfois on le trouve revenu à son état ordinaire, ce qu'il est important de savoir pour éviter une sécurité funeste ; parfois il s'élève plus ou moins au-dessus des pubis ; il peut offrir un globe dur, douloureux à la pression ; cette douleur n'existe ja-

mais quand le délire s'est établi. Quelquefois on appuie fortement au-dessus de lui sans que la malade éprouve aucune sensation pénible. Au toucher, on trouve le col utérin frangé, entr'ouvert; le doigt perçoit une chaleur brûlante dans le vagin, d'où on le retire couvert d'une sanie plus ou moins fétide. Lors même que l'utérus est insensible et revenu sur lui-même, on peut trouver dans une des régions iliaques une tumeur douloureuse, formée par un ovaire et une trompe enflammés. Le pouls, presque toujours faible, et parfois intermittent, donne de 120 jusqu'à plus de 140 pulsations; la langue peut être blanche à la base, et rouge aux bords, sèche, dure, encroûtée, etc.; elle peut aussi être naturelle au milieu des plus grands désordres. Quand la maladie prend une marche alarmante, le ventre se météorise, des frissons d'une violence extrême viennent agiter la malade, et se reproduisent tantôt irrégulièrement, tantôt périodiquement, et en s'accompagnant de tout le cortége de symptômes des fièvres dites *ataxiques*. Mais ces derniers symptômes peuvent se manifester tout à coup et sans transition : ainsi, une femme, qui depuis quelques jours éprouvait à peine un léger malaise, est prise soudain de délire; elle pousse des cris, prononce des paroles incohérentes; son regard est animé, ses conjonctives brillantes, ses traits extrêmement mobiles; elle rit aux éclats, devient taciturne; à ce calme apparent succèdent de nouveaux cris, et la mort est précédée ou non de collapsus. Ici on serait tenté de croire que toute la maladie est dans les organes cérébraux, et sans la circonstance de l'accouchement on porterait un diagnostic qui recevrait un démenti de l'inspection cadavérique. D'autres fois, aux frissons succède une prostration si complète, que la malade semble devoir périr de faiblesse. Quoique l'utérus soit, avec l'estomac, le viscère le plus étroitement lié à l'encéphale par les *sympathies*, et quoique les autopsies n'offrent presque aucune trace de lésions dans ce dernier, cependant ces phénomènes cérébraux sont trop graves pour n'être que *sympathiques*. Le pus mêlé à la circulation vient porter son influence délétère sur la substance même du cerveau, dont il

cause tous les désordres fonctionnels, de même que dans l'ivresse, suite de l'ingestion des boissons alcoholiques, l'alcohol vient agir *mécaniquement*, en quelque sorte, sur cet organe. Le même contact sur les divers tissus de l'économie détermine chez eux un véritable état *putride*. Quand la maladie suit son court le plus ordinaire, le délire peut survenir assez tard, ou être intermittent; toutefois la face pâlit; l'œil devient hagard, la malade est abattue, agitée de sinistres pressentimens; les lèvres sont agitées de petits mouvemens convulsifs, la langue devient tremblante; il y a strabisme, renversement des yeux, rêvasseries presque continuelles, coma plus ou moins profond. Un ictère vient quelquefois couvrir toute la peau d'une teinte jaune; la diarrhée et des sueurs *colliquatives* peuvent épuiser la malade. Avec ces symptômes marchent tous ceux qui traduisent les nombreuses lésions que j'ai signalées plus haut : ainsi les désordres de la poitrine se font connaître par tous les signes propres aux *pneumonites* et aux *pleurites*. Lorsque les articulations se remplissent de pus, il s'y forme une tumeur fluctuante, sans changement de couleur à la peau, accompagnée de douleur dans les mouvemens, et dont les progrès sont prompts et comme instantanés.

Si l'inflammation se propage aux veines de la cuisse, la malade éprouve de la douleur dans un des côtés du bassin; quelquefois la douleur est perçue d'abord à l'un des mollets. Bientôt le membre abdominal de ce côté devient douloureux; il perd la faculté de se mouvoir; les veines se dessinent à sa surface, et notamment autour du genou; tout le trajet des veines malades est signalé par une douleur si vive, que la moindre pression est intolérable à la partie interne du membre, souvent jusqu'à la malléole, quand c'est la veine saphène. Le flanc, de ce côté, l'aine, sont le siége de cruelles souffrances; les glandes inguinales se tuméfient, deviennent douloureuses; tout le membre se gonfle au point d'atteindre le double de son volume et au-delà; il devient œdémateux, surtout vers le pied, mais sans garder l'empreinte du doigt, aussi bien que dans l'œdème ordinaire. Si cependant la douleur et le gonflement viennent à céder, on

reconnaît au toucher les veines fémorale ou saphène, volumineuses, dures, tendues, plus ou moins sensibles. Rarement les deux cuisses sont ensemble le siége du mal; mais après avoir affecté l'une, il peut se montrer sur l'autre avec une nouvelle violence. Lorsque les symptômes particuliers à l'utérus ont été presque insensibles, ce *gonflement* de la cuisse paraît être toute la maladie, parce que les accidens qui lui sont propres ont été les premiers à attirer l'attention. On a vu la douleur qui s'était fait sentir dans la région de l'utérus l'abandonner tout à coup, se porter dans l'aine, de là dans la cuisse, et tout le membre devenir enflé vingt-quatre heures après son invasion.

La durée de la *phlébite utérine* est ordinairement de quinze jours à un mois; elle peut être mortelle en très-peu de jours. Dans un cas où la mort survint dans la soirée du cinquième jour après l'accouchement, on trouva les veines utérines, spermatiques et rénales désorganisées. Elle peut durer beaucoup plus long-temps quand les veines de la cuisse participent à la maladie. Quelquefois l'inflammation marche avec une grande lenteur; on pourrait la considérer comme une *phlébite utérine chronique*. Tel est le cas cité par M. *Dance*, où elle n'entraîna la mort que quatre mois après l'accouchement.

On doit admettre que, comme toutes les inflammations, celle-ci est susceptible de se terminer par *résolution* quand on peut diriger assez promptement contre elle les moyens convenables. Une terminaison plus fréquente, c'est le retour à la santé après l'*élimination* du pus. Cette *élimination* peut se faire par les voies urinaires, stercorales ou toute autre. MM. *Gaspard* et *Magendie*, ayant injecté du pus dans les veines d'animaux, ont vu tous les symptômes cesser après d'abondantes évacuations alvines. M. *R. Lee* cite une malade chez laquelle, après l'amendement des symptômes, les glandes de l'aine se tuméfièrent, devinrent douloureuses, puis fluctuantes, et laissèrent enfin échapper une grande quantité de pus; la suppuration dura assez long-temps, et la santé fut recouvrée.

Malheureusement les cas de guérison sont encore rares ; aussi le prognostic est-il presque toujours grave : il varie, du reste, suivant l'ancienneté, l'étendue de la maladie, et l'intensité des symptômes. Les malades meurent tantôt au milieu des phénomènes *ataxiques* ou *adynamiques*, tantôt dans un accès de *dyspnée*, ce qui s'explique par l'état des poumons.

Traitement.

« La nouvelle accouchée devrait être aussi soigneuse de son régime « que si elle était dans la convalescence d'une maladie grave ; et ce « n'est pas par le nombre des jours qui se sont écoulés depuis l'ac- « couchement qu'on doit calculer le moment où elle peut se lever et « reprendre ses occupations sans danger, mais bien par la manière « dont se sont passées les suites de couches, et surtout par le degré « de contraction et de dégorgement qu'a subi l'utérus, genre de tra- « vail qui est plus ou moins long, suivant les individus. Tant que cet « organe est appréciable par le toucher à l'hypogastre, la moindre « imprudence peut avoir des suites funestes. » (*Dance.*)

Aussitôt qu'on a des raisons de croire à l'inflammation commençante des veines de la matrice (et le succès dépend de la promptitude dans l'application des remèdes), il faut recourir aux antiphlogistiques et en user largement : tels sont la saignée, les sangsues, les bains entiers, les fomentations émollientes, les cataplasmes sur le ventre, les boissons délayantes, la diète, en un mot, le régime tout entier des maladies aiguës. Je pense qu'on doit rejeter les bains de siége et les fumigations vers la vulve, comme tendant à augmenter la congestion de la matrice. Les injections émollientes ou simplement d'eau chaude, dans la cavité même de la matrice, méritent une mention particulière. On peut les pratiquer comme *Recolin* (Mémoires de l'Acad. de chir., t. 3, p. 202), avec une seringue, dont la canule est convenablement recourbée, soit, comme le propose

M. *Dance*, avec une seringue ordinaire à laquelle on adapte une sonde de gomme élastique. Ces injections doivent être pratiquées de bonne heure pour être utiles : elles ont pour double but de calmer l'irritation et de déterger l'intérieur de la matrice. Toutefois on ne pourrait guère les pratiquer après une hémorrhagie.

Si les antiphlogistiques sont puissans au début de la maladie, quels services peuvent-ils rendre quand les symptômes généraux annoncent une infection générale? Quelle influence peuvent avoir les saignées générales ou locales contre cette inflammation de nature particulière, déterminée par le sang vicié ou par la présence du pus dans le tissu pulmonaire, par exemple? Empêcheront-elles la sanie qui coule dans les veines de détruire les tissus, et d'y former ces engorgemens qui passent si rapidement à la fonte purulente? M. *Dance* paraît porté à penser que, lors même que l'infection générale est manifeste, la phlébotomie doit avoir de bons résultats, parce que, en tirant du sang, on fait sortir en même temps une certaine quantité du pus qui y est mêlé, ce qui débarrasse d'autant l'économie. Mais la saignée a pour effet direct de rendre le sang plus pauvre en fibrine; et, comme la source du pus n'est point tarie, le sang tendrait à se former de plus en plus de lymphe et de pus presque exclusivement.

Cependant, pour ne pas être spectateur inactif des ravages de la maladie, on doit essayer les divers moyens thérapeutiques désignés sous le nom d'*antiseptiques*. On a dit que le chlore, en se mêlant avec le sang, pourrait le ramener à son état de pureté, et on l'a conseillé par la bouche, en lavemens, en inspirations : malheureusement ses vertus désinfectantes sont loin d'être ce qu'on les a faites. En 1814, il régna, à la Salpêtrière, une double épidémie de *typhus* et de *pourriture d'hôpital*, et ceux qui faisaient habituellement les fumigations, et étaient presque constamment plongés dans une atmosphère de chlore, furent victimes comme les autres.

Si l'aspect de la langue donne à penser que les voies digestives sont en bon état, on peut avoir recours aux *toniques*. On parviendra peut-

être, avec leur secours, à réveiller l'innervation et à favoriser ainsi les efforts de la nature qui travaille à l'élimination du pus. On devra même, s'il est possible, déterminer une irritation artificielle vers le gros intestin ; le sang appelé en cet endroit pourra s'y débarrasser du pus qui le corrompt. Les médecins anglais font usage du proto-chlorure de mercure, sans doute pour remplir cette dernière indication.

FIN.

PROPOSITIONS.

I.

Une des grandes difficultés de la pratique est de distinguer dans une série de symptômes qui se présentent les phénomènes primitifs et consécutifs. (Esmein, thèse, juillet 1825, prop. 57.)

II.

Très-souvent les malades accusent une plus grande douleur dans les parties où les irritations sympathiques se manifestent que dans l'organe qui est le siége de l'inflammation. (Id., *ibid.*, prop. 38.)

III.

Præcipui puerperarum morbi à suscepto frigore oriuntur, ab animi passionibus et victu copioso et frigido. (Baglivi, *Praxeos medicæ*, lib. 1.)

IV.

Il est très-probable qu'après l'accouchement, même le plus naturel, il s'établit toujours un travail inflammatoire quelconque à la surface interne de la matrice; mais que ce travail, contenu dans de justes bornes, fait partie des suites naturelles de l'accouchement, et ne doit point être considéré comme une maladie, mais comme une prédisposition à la maladie. (Dance, thèse, 1826, sur la métrite puerpérale.)

V.

Si les muscles enflammés se ramollissent, il n'est pas étonnant que l'utérus, auquel on s'accorde à reconnaître une structure musculaire, au moins pendant la gestation, tende à se ramollir aussi

quand il est enflammé. (Danyau, sur la métrite gangréneuse, thèse, 1829.)

VI.

The constitutional symptoms of uterine phlebitis, and the important alterations which take place in the structure of the brain, lungs and other internal organs, and also in the synovial, serous and cellular membranes, are often so peculiar and characteristic, that it is more remarkable this disease should have been so long overlooked by pathological enquirers. (R. Lee, *loc. cit.*)